

.....

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....,  
data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji **narządu ruchu** pacjenta (opis): .....
- .....
- .....
- .....
- .....
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:
- .....
- .....
- .....
- .....

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	* Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie <b>obu kończyn górnych</b>  (dotyczy obszaru B-1 wniosku)	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja czterokończynowa	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu rąk i jednej nogi	pieczętą, nr i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu nóg i jednej ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja jednej ręki i jednej nogi	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	* Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:..... (dotyczy obszaru B-1 wniosku)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn dolnych, na wysokości/od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	* Brak jednej kończyny górnej na wysokości/od:..... (dotyczy obszaru C-3,4 wniosku)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	* Brak jednej kończyny dolnej na wysokości/od:..... (dotyczy obszaru C-3,4 wniosku)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia, których następstwem jest dysfunkcja narządu ruchu:..... ..... ..... .....	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia .....  
(miejscowość) (data) .....  
pieczętka, nr i podpis lekarza

\* Dysfunkcja warunkująca uczestnictwo w programie